



1 Datum des Unfalls Zeit **2** PLZ / Ort

3 Verletzte, einschl. Leichtverletzte
nein ja

4 Sachschäden an
anderen Fahrzeugen als A und B: ja anderen Gegenständen als Fahrzeugen: ja

5 Zeugen: Namen, Anschriften, Telefon

Fahrzeug A

6 Versicherungsnehmer/Versicherter* * s. Versicherungsbescheinigung
Name
Vorname
Anschrift
PLZ Land
Tel. oder e-Mail

7 Fahrzeug
Kraftfahrzeug: Marke, Typ
Amtliches Kennzeichen
Land der Zulassung
Anhänger: Amtliches Kennzeichen
Land der Zulassung

8 Versicherungsunternehmen (s. Versicherungsbescheinigung)
Name
Vertragsnummer
Nr. der Grünen Karte
Versicherungsbescheinigung oder Grüne Karte gültig vom bis
Name der Geschäftsstelle (Büro oder Makler)
Anschrift
Land
Tel. oder e-Mail
Sind die Sachschäden am Fahrzeug aufgrund des Vertrags versichert? nein ja

9 Fahrer (siehe Führerschein)
Name
Vorname
Geburtsdatum
Anschrift
Land
Tel. oder E-Mail
Führerschein-Nr.
Klasse (A, B, ...)
Führerschein gültig bis



11 Sichtbare Schäden am Fahrzeug A

14 Eigene Bemerkungen

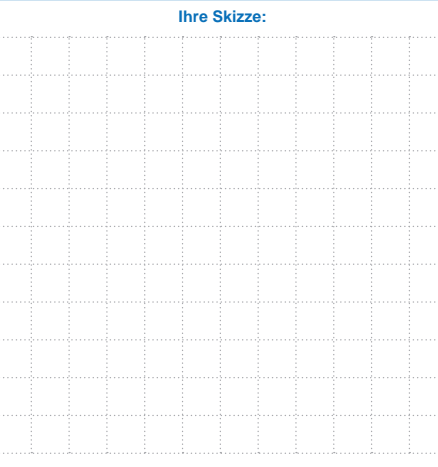
Unfallumstände

12 Kreuzen Sie jeweils das entsprechende Feld an, um die Skizze zu präzisieren. Nichtzutreffenden Text streichen:

| A | Wie kam es zum Unfall? | B |
|--------------------------|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 parkte / hielt | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 2 verließ einen Parkplatz / öffnete eine Wagentür | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 3 parkte ein | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 4 verließ einen Parkplatz, ein privates Grundstück, einen Weg | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 5 begann, in einen Parkplatz, ein privates Grundstück, einen Weg einzufahren | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 6 fuhr in einen Kreisverkehr ein | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 7 fuhr in einem Kreisverkehr | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 8 prallte beim Fahren in der gleichen Richtung und in der gleichen Fahrspur auf das Heck auf | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 9 fuhr in der gleichen Richtung und in einer anderen Fahrspur | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 10 wechselte die Fahrspur | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 11 überholte | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 12 bog nach rechts ab | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 13 bog nach links ab | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 14 setzte zurück | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 15 wechselte auf die Gegenfahrbahn | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 16 kam von rechts (auf einer Kreuzung) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 17 hatte ein Vorfahrtszeichen oder eine rote Ampel missachtet | <input type="checkbox"/> |

← Geben Sie die Anzahl der angekreuzten Felder an →

13 Skizze des Unfalls zum Zeitpunkt des Aufpralls
Ergänzen Sie Ihre Skizze später auf www.Unfallskizze.de
Bitte angeben: 1. den Verlauf der Fahrspuren
2. die Fahrtrichtung der Fahrzeuge A, B (durch Pfeile)
3. ihre Position zum Zeitpunkt des Aufpralls
4. die Verkehrszeichen 5. die Straßennamen



15 Unterschriften der Fahrer

Fahrzeug B

6 Versicherungsnehmer/Versicherter* * s. Versicherungsbescheinigung
Name
Vorname
Anschrift
PLZ Land
Tel. oder e-Mail

7 Fahrzeug
Kraftfahrzeug: Marke, Typ
Amtliches Kennzeichen
Land der Zulassung
Anhänger: Amtliches Kennzeichen
Land der Zulassung

8 Versicherungsunternehmen (s. Versicherungsbescheinigung)
Name
Vertragsnummer
Nr. der Grünen Karte
Versicherungsbescheinigung oder Grüne Karte gültig vom bis
Name der Geschäftsstelle (Büro oder Makler)
Anschrift
Land
Tel. oder e-Mail
Sind die Sachschäden am Fahrzeug aufgrund des Vertrags versichert? nein ja

9 Fahrer (siehe Führerschein)
Name
Vorname
Geburtsdatum
Anschrift
Land
Tel. oder E-Mail
Führerschein-Nr.
Klasse (A, B, ...)
Führerschein gültig bis



11 Sichtbare Schäden am Fahrzeug B

14 Eigene Bemerkungen



1 Data dell'incidente Ora **2** Luogo - Paese - Località

3 Feriti, ivi compresi leggermente feriti
no si

4 Danno materiale
ad ulteriori veicoli tranne A e B ad oggetti tranne veicoli
no si no si

5 Testimoni nomi, indirizzi, numeri di telefono

VEICOLO A

6 Contraente dell'assicurazione / assicurato* * vedi polizza
Cognome
Nome
Indirizzo
CAP Paese
T Telefono o e-mail:

7 **VEICOLO**
AUTOVETTURA: **RIMORCHIATO:**
Marca, modello
Targa Targa
Paese 'immatricolazione Paese 'immatricolazione

8 **Compagnia di assicurazione** (vedi polizza)
Nome
Contratto n°
Carta verde n°
Validità della polizza o della carta verde dal al
Sede (o ufficio o sensale)
Indirizzo
Paese
Telefono o e-mail
L'assicurazione copre i danni al veicolo? no si

9 **Conducente** (vedi patente di guida)
Cognome
Nome
Data di nascita
Indirizzo
Paese
Telefono o e-mail
Permis de conduire no.
Patente di guida n° Classe (A, B,)
Scadenza patente:



11 **Danni visibili al veicolo A:**

14 **Osservazioni personali:**

MODALITÀ DEL SINISTRO

12 Barrare le caselle corrispondenti onde precisare il grafico - * Cancellare ciò che non interessa:

| A | Che cosa è successo? | B |
|--------------------------|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | * stava parcheggiato/stava fermo | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | * uscì da un parcheggio/apri una portiera | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | stava parcheggiando | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | *uscì da un parcheggio, da un terreno di proprietà privata, da una via | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | *iniziò ad entrare in un parcheggio, in un terreno di proprietà privata, in una via | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | entrò in una circolazione rotatoria | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | viaggiava in una circolazione rotatoria | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | urtò la parte posteriore dell'altro veicolo andando nella stessa direzione e nella stessa colonna | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | andava nella stessa direzione e in una colonna diversa | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | cambiò colonna | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | sorpassò | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | svoltò a destra | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | svoltò a sinistra | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | retrocedette | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | cambiò andando su una corsia riservata al traffico in senso contrario | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | arrivò da destra (su un incrocio) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | non aveva osservato un segnale di precedenza o un semaforo rosso | <input type="checkbox"/> |

← **Indicare il numero di caselle barrate a** →

13 **Grafico dell'incidente al momento dell'urto iniziale**
Completare il disegno poi qui: www.graficoincidente.it
Indicare per favore:
1. il tracciato delle corsie 2. la direzione di marcia dei veicoli A, B (con frecce) 3. la loro posizione al momento dell'urto 4. i segnali stradali 5. i nomi delle vie



VEICOLO B

6 Contraente dell'assicurazione / assicurato* * vedi polizza
Cognome
Nome
Indirizzo
CAP Paese
T Telefono o e-mail:

7 **VEICOLO**
AUTOVETTURA: **RIMORCHIATO:**
Marca, modello
Targa Targa
Paese 'immatricolazione Paese 'immatricolazione

8 **Compagnia di assicurazione** (vedi polizza)
Nome
Contratto n°
Carta verde n°
Validità della polizza o della carta verde dal al
Sede (o ufficio o sensale)
Indirizzo
Paese
Telefono o e-mail
L'assicurazione copre i danni al veicolo? no si

9 **Conducente** (vedi patente di guida)
Cognome
Nome
Data di nascita
Indirizzo
Paese
Telefono o e-mail
Permis de conduire no.
Patente di guida n° Classe (A, B,)
Scadenza patente:



11 **Danni visibili al veicolo B:**

14 **Osservazioni personali:**

15 **Firme dei conducenti** **15**

A **B**